

Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua¹

Health practices in contexts of vulnerability and neglect of diseases, people and territories: potentialities and contradictions in health care for homeless people

Roberta Gondim Oliveira

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Departamento de Planejamento e Administração em Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: robertagondim@ensp.fiocruz.br

Resumo

Este artigo ancora-se na premissa de que a relação entre políticas públicas, vulnerabilidade, sofrimento humano e negligência de pessoas e territórios merece ser questionada e melhor entendida. Um de seus principais pressupostos é a aposta em pontes de diálogos na produção de conhecimentos em saúde, em diferentes quadros de referência – paradigma biomédico; determinação social da saúde; vulnerabilidade social; aportes descoloniais. É fruto de estudo dedicado a acompanhar as práticas de saúde em territórios negligenciados e vulnerabilizados na cidade do Rio de Janeiro, em especial às pessoas que vivem em moradias precárias e em situação de rua. Diferentes encontros e modos de levar a vida, na feitura de cotidianos possíveis, foram vivenciados. Esses encontros forneceram elementos ao entendimento da saúde como valor social em situações concretas, pondo em questão, sob variadas leituras, a vulnerabilização de vidas humanas. Fala-se, portanto, sobre leituras críticas acerca de formas de estar no mundo, dialogicamente relacionadas às condições históricas, políticas e sociais, em que reside a aposta na resistência e nas ações cotidianas de diversos atores sociais e em dispositivos de saúde inovadores,

Correspondência

Av. Brasil, 4.365, Prédio ENSP, sala 720, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 21040-900.

¹ Essa pesquisa recebeu financiamento o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), do Ministério da Ciência e Tecnologia.

que tenham potencial na efetivação de práticas contra-hegemônicas.

Palavras-chave: Vulnerabilidades; Determinação Social da Saúde; Pessoa em Situação de Rua; Negligência em Saúde.

Abstract

This article is anchored on the premise that the relationship between public policies, vulnerability, human suffering and neglect of people and territories deserves to be questioned and better understood. One of its main assumptions is the bet on dialogues bridges in the production of health knowledge, through different frames of reference - biomedical paradigm; social determination of health; social vulnerability; decolonial contributions. It is the result of a study dedicated to monitor health practices in neglected and vulnerable areas in the city of Rio de Janeiro, Brazil, especially to people living in precarious houses and homeless people. Different encounters and ways of taking life, in the making of possible daily life, were experienced. These encounters provided elements for the understanding of health as a social value in concrete situations, bringing into question, under various readings, the vulnerability of human lives. There is talk, therefore, of critical readings about ways of being in the world, dialogically related to historical, political and social conditions, in which lies the bet on resistance and daily actions of various social actors and innovative health devices that have potential in the making of anti-hegemonic practices.

Keywords: Vulnerabilities; Social Determination of Health; Homeless; Health negligence.

Introdução

Os cenários nacional e internacional têm sido palcos de tensões importantes dada a conjuntura de crise, impondo desafios importantes ao campo da saúde coletiva, especialmente em relação às respostas liberais e ortodoxas que repercutem em mudanças nas políticas públicas e nos modos democráticos de conceber o direito das populações. Tanto o contexto de desigualdades, historicamente forjado, como os recentes retrocessos, exigem esforços no plano reflexivo e de intervenções técnico-políticas no sentido de assegurar avanços e conquistas alcançadas, fundamentais aos princípios e valores de sistemas universais de saúde como o Sistema Único de Saúde (SUS).

A aposta na resistência deve passar por uma ação concertada entre múltiplos agentes, capazes de retomar e reafirmar o papel-chave desempenhado pelo projeto contra-hegemônico do pensamento social latino-americano e da saúde coletiva. Pontua-se a necessidade de reforçar seus princípios, valores e aportes, fundamentados na noção da determinação social da saúde, enquanto caminho que busca uma ética da vida e de modos de estar no mundo, implicando numa revisão das condições do trabalho humano, dos direitos sociais, da equidade a grupos subalternizados, de uma justiça ecológica, enfim, daquilo que compõe o quadro de referência da saúde enquanto projeto emancipatório (Breilh, 2006).

A vulnerabilidade de vidas precárias, dado o recrudescimento da pobreza extrema em contextos neoliberais, impõe análises críticas no sentido de contrapor narrativas que naturalizem a questão. O movimento da globalização neoliberal tem recolocado a pobreza em patamares críticos na geopolítica do sistema-mundo (Santos, 1999). As populações excluídas do processo de geração de riquezas e da distribuição dos seus produtos valem-se de acessos precários a mecanismos públicos de inclusão, sendo muitos destes operados em matizes de caridade, de dominação e subalternização. A precariedade de moradia e de trabalho assumem lugar de destaque nessa trama de exclusão, no qual as ruas surgem como opção e cenário recorrente para todo o desenrolar de vidas humanas, “transformam o espaço público - as

ruas – em seu universo de vida e de sobrevivência privado” (Bursztyn, 2003, p. 20).

Debate-se a vulnerabilização de vidas humanas, que se expressam em diversas matizes de desigualdades, localizando-a como historicamente ancorada na matriz da colonialidade moderna, fundamental na conformação das sociedades e países do Sul global, que define, delimita e forja diferenciações e invisibilidades de territórios, de sujeitos e de formas de estar no mundo (Quijano, 2010; Santos, 2010; Santos, 1999, 2013).

Iniciativas do campo da saúde no Brasil têm explicitado uma agenda de políticas que inclui, em alguma medida, ações voltadas para essas populações que, a despeito de perspectivas diferenciadas, trazem por base a problematização sobre a vulnerabilização de grupos populacionais. A tradução dessa agenda de enfrentamento de vulnerabilidades, em ações e serviços de saúde, tem na política nacional de atenção às pessoas em situação de rua um exemplo significativo (Brasil, 2012b).

Este artigo problematizam-se intervenções do campo da saúde – políticas e ações de saúde pública e de dispositivos biomédicos, postos em marcha sobre vidas vulnerabilizadas. Em um esforço de alinhamento com a noção da determinação social da saúde, situa-se a questão em termos sociais e econômicos, mas também em outros registros como o ético, o ontológico e do exercício do poder, neste incluído o conhecimento formal enunciado pela ciência ocidental moderna europeia. Nesse quadro de referência discutem-se questões relativas a saberes e práticas de saúde voltadas para sujeitos vulnerabilizados, situados em territórios precários. As questões aqui problematizadas são fruto de estudo ancorado em observações participantes junto a equipes da atenção primária de saúde, voltadas para pessoas vulnerabilizadas em tratamento da tuberculose em territórios precários na cidade do Rio de Janeiro, realizado ao longo dos anos de 2013 e 2014. Identificou-se a tuberculose como traçador de vulnerabilidade, dada sua ancoragem no paradigma da determinação social da saúde, servindo, portanto, como um dos fios condutores do estudo.

Produção de conhecimentos e desigualdades representaram importantes chaves analíticas e

metodológicas, direcionando o recorte do estudo para territórios de extrema vulnerabilidade. Aproximar-se da produção de conhecimento em práticas de saúde significou estar nos espaços onde estas são postas em ação e, principalmente, seguir os atores em acionamentos de diversos dispositivos – protocolos diagnósticos e terapêuticos inscritos nas normativas das políticas; arcabouços epistemológicos que ancoram o exercício das profissões da saúde envolvidas; dispositivos assistenciais do cuidado em saúde previstos nas diretrizes clínicas e gerenciais dos programas de saúde e seus fluxos e itinerários. Seguir os atores significou acompanhá-los em seus agenciamentos, não restringindo-os ao “papel de informantes de casos de tipos bem conhecidos”, de tentar entender “o que a existência coletiva se tornou em suas mãos, que métodos elaboraram para sua adequação, quais definições esclareceriam melhor as novas associações que eles se viram forçados a estabelecer” (Latour, 2012, p. 31). Nos termos do desenvolvimento do trabalho e suas repercussões, significou a possibilidade de pensar atores, grupos e objetos em práticas de associações, interconexões e agenciamentos.

O cenário social em foco

O expressivo contingente de pessoas em habitações precárias e em situação de rua nas grandes cidades brasileiras espelha o modelo de desenvolvimento concentrador de riquezas. Dentre os inúmeros fenômenos que contribuem para esse padrão de concentração destaca-se não apenas o modelo excludente do sistema capitalista, mas remete também ao padrão da colonização do Brasil, fundante da matriz de exclusão de imenso contingente de pessoas expropriadas de suas terras e de seus modos de vida, nomeadamente dos próprios povos originários e daqueles traficados do continente africano. De meados do século passado em diante o fenômeno da migração de pessoas destituídas de possibilidades de sobrevivência corrobora para a agudização da situação nas grandes cidades. O movimento migratório da população empobrecida ocorreu em um triplo sentido: o primeiro do campo em direção às cidades, e uma vez nestas, dá-se um movimento que as encaminha para as periferias.

O terceiro corresponde ao caminho que vai da pobreza para a miséria extrema, deslocando-as das periferias para ruas e demais logradouros públicos das regiões mais centrais das cidades, por onde circulam pessoas, dinheiro e comida (Bursztyn, 2003).

A complexa dinâmica de ocupação dos espaços urbanos por pessoas vulnerabilizadas fornece a conformação de territórios precarizados como as favelas, assim como o uso de determinados espaços públicos sub ou não utilizados ou descartados. Não são raros os espaços utilizados como zonas de variados descartes, como em bairros mais periféricos da cidade do Rio de Janeiro, em que este estudo foi realizado. Percebeu-se que moradores inseridos na dinâmica formal de uma dada localidade entendem espaços urbanos vazios não apenas de descarte de seus dejetos, mas também como área de ocupação de **pessoas-lixo** - termo utilizado por uma pessoa em situação de rua ao referir-se sobre a maneira pela qual são vistos pelos moradores. A dinâmica do descarte fornece indícios sobre essa percepção dos espaços de lixo. Um pequeno espaço vazio da grande cidade, um espaço de ninguém, é por todos utilizado como depósito de dejetos, entre esses, o **refugo humano** (Bauman, 2005).

Essa zona do não ser (Fanon, 2008) é indicativo tanto da produção de invisibilidade de vidas, como desvela a inexistência de lugar para um conjunto de pessoas concebidas como uma resultante inevitável da modernidade, nos termos de Bauman (2005), os “inadaptados”, “párias”, “redundantes”, “lixo humano”, produto da sociedade de consumo.

A produção de refugo humano é inerente ao modelo da globalização capitalista e inúmeras políticas tendem a enfrentar a questão, o problema dos excedentes, aos moldes de remoção daquilo que consideram como refugo, que contaminam o ambiente. Como agravante está a escassez de alternativas para quem ultrapassou a fronteira do descarte, o caminho de volta da remoção não está dado para os que foram excluídos, concebidos e operados politicamente como refugo. São poucos os itinerários instituídos que possam ser percorridos no sentido de uma inclusão, que os insira novamente como parte integrante da vida em comum. Os excedentes que não têm lugar

na equação produtiva podem ser componentes de estratégias de exclusão mais veladas, como no caso da restrição do acesso a medicamentos quando da epidemia da aids em Botsuana, que diminuiu drasticamente a expectativa de vida do país (Bauman, 2005).

Entender a vulnerabilidade de populações à luz dos contextos - histórico, político e institucional, é estreitar o diálogo com o pensamento social latino-americano, com o qual o projeto da saúde coletiva brasileira se alinha, pressupondo um movimento coletivo em torno da crítica ao modelo econômico implementado no continente. O marco da saúde coletiva pode ser entendido em um enquadramento teórico metodológico no qual os elementos individuais e grupais são referenciados a partir do contexto, em uma relação com a determinação social da saúde (Nunes, 2013). Marcada pela influência do pensamento marxista, essa noção tem por categorias analíticas a reprodução social, a produção econômica e de classes. Numa ampliação de seus marcos analíticos, incorpora outras dimensões, como identidade de gênero, desigualdade ambiental, discriminações raciais, movimentos migratórios, ocupação territorial, entre outras (Breilh, 2006). Revisitar o campo da saúde coletiva também pressupõe ressituar o sujeito do conhecimento, implicando na inclusão de outros sujeitos do saber, não previstos na matriz da ciência moderna, enfrentando as contradições embutidas na estrutura do saber enquanto poder.

A atenção à saúde de grupos populacionais situados em posições socialmente subalternizadas, como os que se encontram em favelas e em situação de rua, pressupõe o enfrentamento de contradições e dinâmicas complexas que extrapolam o setor saúde. Entende-se a precariedade que leva à habitação precária e ao estar na rua enquanto pressuposto político, econômico e social, perspectivando uma miríade de vulnerabilidades que implicam em agenciamentos também complexos, de múltiplas naturezas, contextos e atores. Nesse sentido indaga-se sobre o papel da atenção à saúde para essas populações. Qual a potência da noção de determinação social direcionada às pessoas dispostas em territórios extremamente vulnerabilizados, como algumas áreas de favelas e de guetos, denominados

de cracolândias²? Nesse contexto, como se inserem as práticas de saúde na relação controle-cuidado? Com essas perguntas intenciona-se problematizar e buscar produzir respostas construídas junto com os sujeitos e em contextos situados.

Leituras sobre exclusão: colonialidade, modernidade e racismo como biopolítica

O olhar crítico voltado para a relação entre modernidade, poder e a experiência colonial tem ocupado a produção de um conjunto de acadêmicos que, dentre outros debates, discutem a produção dos saberes considerados como válidos no bojo do projeto de dominação capitalista. Santos, Meneses e Nunes (2004, p. 19) apontam que parte do sucesso na transformação da ciência ocidental moderna em forma preponderante de conhecimento é explicada, para além das razões epistemológicas, ancorando-se em questões econômicas e políticas. Ressaltam movimentos fundantes da hegemonia da razão moderna sobre as demais - uma concepção a-histórica da construção do conhecimento científico, que apagou e subalternizou outros saberes, e que inferioriza e investe na destruição de formas de saberes em nome do processo de dominação, ao que denominam de “epistemicídio”.

Proposições como essa tem gerado subsídios a um movimento crítico sobre o pressuposto hegemônico da epistemologia moderna, da sua soberania epistêmica, questionando em termos dos impactos e contribuições da produção de conhecimento naquilo que denominam de repercussões positivas na vida em comum (Nunes; Roque, 2008).

O conceito de pensamento abissal proposto por Santos (2010) questiona a construção e legitimação dessa epistemologia dominante. Trata-se de um sistema que forja distinções visíveis e invisíveis, estabelecidas por linhas que separam a realidade

social em dois universos distintos, sendo que a visibilidade de um pressupõe a invisibilidade do outro. A impossibilidade de copresença é basilar desse sistema de visibilidade/invisibilidade, no qual esse outro é produzido como inexistente, por ser um não equivalente, e sendo colocado como exterior ao universo das possibilidades, é então excluído. Para o autor, o pensamento moderno ocidental é abissal. A modernidade ancora-se no pressuposto da emancipação e regulação, não sendo estas válidas para os espaços coloniais, sobre os quais opera um outro binômio - o da apropriação e violência. Está posta a clivagem que sustenta as linhas divisórias que criam sistemas de visibilidade/invisibilidade. Esse conceito tem na construção do conhecimento um exemplo paradigmático, já que o pensamento abissal concede à ciência ocidental moderna e ao seu método o monopólio da verdade (Santos, 2010, p. 33).

A divisão do mundo moderno entre metrópole e zona colonial é considerada como o “grau zero” da clivagem que inaugura uma outra cartografia, a “cartografia abissal”, que opera também sobre o campo do direito. Fundamentado nessa cartografia abissal, os espaços coloniais são concebidos como “vazios jurídicos”, justificando ações como a expropriação de corpos e territórios. A validade do binômio apropriação/violência, que opera sobre os espaços coloniais, não se choca com o fundamento da regulação/emancipação válido para a metrópole, dada a potência do pensamento e da cartografia abissais, traduzidos em bases jurídicas e epistêmicas. A negação radical desse outro subsidia a noção de “sub-humanidade moderna”, que opera pela negação de uma parte da humanidade enquanto humana, culminando com o “fascismo do *apartheid* social”³. São inúmeros os exemplos de reificação contemporânea de sub-humanidades: a exploração de mão de obra análoga à escravidão operada por empresas globais, que terceirizam a produção de bens

2 “Cracolândia” é o termo usualmente utilizado pelo senso comum, dentre eles os veículos de comunicação, para designar as áreas de concentração de pessoas em torno do uso da substância considerada ilícita denominada de *crack*. Bastos e Bertoni (2014) propõem o termo “cenas de uso”, trazendo a noção da complexidade e dinamicidade desses espaços.

3 Enquanto um tipo dentre outros de “fascismo social”, definido pelo autor como resultado da quebra da lógica do contrato social (Santos, 2010, p. 45).

e serviços junto a países da globalidade subalterna; bem como espaços urbanos de segregação social – “uma cartografia urbana dividida em ‘zonas selvagens e zonas civilizadas’ [que] está a transformar-se em um critério de sociabilidade” (Santos, 2010, p. 46). A realidade de favelas nas grandes cidades brasileiras constitui exemplo dessa cartografia abissal. As bases do Estado de direito que valem para uma zona da cidade não necessariamente valem para a outra. A depender do lugar que ocupam nessa cartografia, as regras que orientam as ações de Estado, como o poder de polícia, são alteradas sobre os diferentes sujeitos assim cartografados.

Definida como ponto de chegada universal, a modernidade foi no passado atrelada ao projeto de colonização, ao passo que hoje, já em outra roupagem, responde ao projeto da colonialidade, porque preserva e carrega os elementos classificatórios do mundo e os atualiza na dinâmica histórica. A colonialidade ancora-se na “imposição da classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular do referido padrão de poder [capitalista]” (Quijano, 2010, p. 84). O silenciamento e a ocultação da matriz da colonialidade só foi e continua sendo possível na medida em que a história é narrada a partir do ponto de vista da própria modernidade. Ou seja, o apagamento histórico é constitutivo ao exercício da colonialidade do poder, inclusive o poder do conhecimento. Nunes (2003) aposta em projetos de produção de conhecimento capazes de mobilizar diferentes recursos cognitivos, geradores de soluções mais adequadas às populações, por e com elas mesmas, apontando para o reconhecimento da validade e dignidade de todos os saberes⁴.

Esses pressupostos exigem uma transformação na maneira de conceber o poder e a autonomia dos sujeitos e os diferentes conhecimentos existentes, constituindo em desafios cotidianos a serem percebidos e enfrentados nas práticas de saúde. Em uma profícua produção acerca do poder e do exercício de governar, Foucault dá especial atenção às tecnologias de poder na emergência dos Estados

nacionais europeus. Suas contribuições têm beneficiado as análises próprias do campo da saúde ao fornecer centralidade ao lugar da ordenação de corpos, pessoas e populações na vida em comum.

O fenômeno da estatização do biológico no século XIX altera a forma de poder sobre o ser humano. Na teoria clássica da soberania a vida e a morte dos súditos são prerrogativas do poder do soberano, que é exercida pelo direito de fazer morrer ou de deixar viver. Na modernidade há uma transformação no direito de vida e morte, assumindo a face do fazer viver e não mais do fazer morrer. O fazer viver e a ordenação de corpos a partir da definição de formas de estar no mundo são alvos de tecnologias de poder – o biopoder. É no registro do fazer viver que a medicina assume protagonismo. No enfoque disciplinador sobre o corpo ocorrem outras tecnologias de poder, agora não mais voltadas apenas para o corpo-homem-indivíduo, mas sim para o coletivo, para a multiplicidade dos homens – a população. A biopolítica opera sob vários domínios ao mesmo tempo do saber e do poder: o domínio disciplinar cujo foco é o corpo, e o domínio regulatório, voltado para a população. É nesse segundo sentido, quando do refinamento das medições estatístico-demográficas informando políticas como as de natalidade e morbidade, por exemplo, que a medicina assume cada vez mais a função de saúde pública (Foucault, 2010).

O biopoder em Foucault assume outra face a partir da noção de racismo. Para o autor, o racismo joga um papel fundamental na biopolítica do deixar ou fazer morrer, em resposta à seguinte pergunta: “como esse poder que tem essencialmente o poder de fazer viver pode deixar morrer?”. O autor argumenta a favor da potência da inserção do racismo nos mecanismos de Estado moderno, assegurando a sua “função assassina” (Foucault, 2010, p. 215). Aponta a omissão ou incentivo à exposição de alguns riscos de morte, da expulsão de terras e da morte política que atuam no modo de biopoder. Identifica a colonização como o marco:

4 “nenhum saber poderá ser desqualificado antes de ter sido posta à prova a sua pertinência e validade em condições situadas. Inversamente, a nenhuma forma de saber ou de conhecimento deve ser outorgado o privilégio de ser considerada como mais adequada ou válida do que outras sem a submeter a essas condições situadas e sem a avaliar pelas suas consequências ou efeitos. As operações de validação dos saberes decorrem, pois, da consideração situada da relação entre estes, configurando uma ecologia de saberes” (Nunes, 2008, 62).

O racismo vai se desenvolver primo com a colonização, ou seja, com o genocídio colonizador. Quando for preciso matar pessoas [...] como se poderá fazê-lo, se se funcionar no modo do biopoder? Através dos temas do evolucionismo, mediante um racismo. (Foucault, 2010, p. 216)

Castro-Gómez (2007) dialoga com a noção do racismo como prática discursiva, de superioridade étnica e moral de uma população sobre outras, transformando-se em dispositivos biopolíticos que se inscrevem nos corpos, quer dos que sofrem o racismo, quer dos que lhe dão expressão, por meio de posições como indiferença, agressão, por formas de desumanização pela palavra, pela imagem e pela ação das instituições. Essa tecnologia biopolítica liga-se a variados tipos de racismo, não apenas o étnico-racial, mas em outras clivagens como de classe e gênero. O autor ressalta a abordagem de Foucault quanto à validade de micro poderes que conformam **narrativas de racismo**. Estudos do movimento descolonial apontam que a noção de raça que nasce com a colonização europeia, começando com a conquista das Américas, baseia-se em um modo de classificação e de relações de poder que assenta em diferenças inscritas no corpo, no modo de vida, na cosmologia e na cultura. O racismo associado ao colonialismo europeu, consolidado em termos globais no século XIX, faz parte dessa genealogia (Quijano, 2010).

Autores como Mbembe et al. (2012) discutem biopolítica não apenas nas vertentes de controle e do deixar morrer, mas do assassinio indireto. Debate a questão da morte, em diferentes registros, dentre eles o político e o biológico, tanto no quadro colonial moderno como em sua face contemporânea, a partir da noção de necropolítica. A importância da noção de necropolítica reside na crítica ao modelo político de exceção, do estado de guerra, que normaliza o terror e o assassinio direto. Mbembe et al. (2012) aportam o conceito em três registros – quando o Estado de exceção se converte em Estado normal, naturalizado; quando da inviabilização ou mesmo destruição de corpos e populações julgadas como

indesejáveis ou superfluas; e quando o exercício do poder se ancora na constante evocação do Estado de emergência com a noção ficcional ou fantasmagórica do inimigo. Como os demais autores, também localizam a escravidão e o colonialismo como experimentações fundamentais para esse modo de exercício do poder, tendo na demarcação racial – na diferenciação biológica e cultural, como referência para a negação da humanidade do outro e de seus direitos. Apontam ocupações coloniais tardias como no caso palestino, em que o processo de expropriação territorial desempenha papel estratégico no modo do necropoder – destruição de casas; cerceamento e precarização do acesso à água, iluminação e estradas; assim como a utilização de tanques de guerra e helicópteros para o patrulhamento e intimidação das zonas ocupadas.

A estratégia de guerra às drogas posta em marcha nas favelas do Rio de Janeiro também opera em um registro de exceção, com uso de dispositivos necropolíticos semelhantes aos utilizados nos territórios palestinos. A intimidação e destruição são bases de atuação – constantes operações contando com policiais armados nas favelas e o uso de helicópteros na vigilância, controle e tiroteio contra os territórios, causando vítimas de bala perdida, justificadas pelo Estado como efeito do estado de guerra ao tráfico. A legitimidade das mortes insere-se no registro da emergência e da exceção. Também faz uso de veículos blindados, semelhantes a tanques de guerra, denominados de caveirão, que circulam nos becos e vielas como apelo de intimidação. A semelhança do cenário descrito por Mbembe et al. (2012), áreas de conflito, como o Complexo de Favelas da Maré e Manguinhos, são designadas pelo senso comum e veículos de comunicação como Faixa de Gaza⁵.

A relação entre racismo, saúde, doença e colonialismo é discutida por autores como Rabinow (1989) e Anderson (1992), demonstram que a colonização constituiu o espaço de experimentação de políticas e formas de intervenção no território, no espaço social e no governo das populações, fazendo parte do elenco das tecnologias socioespaciais

5 “Na Maré, moradores da Faixa de Gaza mostram marcas de tiros nas casas”. Título de matéria jornalística que exemplifica o debate. Disponível em: <<https://goo.gl/MHUKQw>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

das potências colonizadoras. O racismo enquanto dispositivo biopolítico ajuda a compreender políticas diferenciadas a partir de variadas clivagens, conformando-se em estratégias procedimentais, assentes numa cartografia abissal em termos de centro/periferia, dada as assimetrias e as diversas clivagens econômicas, sociais, étnicas, de gênero etc.

Diferentes cartografias em países com fortes desigualdades como o Brasil podem ser impressas em políticas e práticas de saúde. São postas em termos de dispositivos do cuidado como itinerários terapêuticos, indicações de uso de medicamentos, modos de ordenação do espaço privado – as habitações, entre outros. Essas tecnologias do cuidado impactam em vida de pessoas, nomeadamente aquelas que ocupam os ambientes vulnerabilizados. É especialmente desafiador pensar nos impactos de práticas diferenciadas sobre pessoas também diferenciadas. Esse debate fornece elementos para pensar questões como a constituição de uma série de práticas de saúde em contextos marcados pelas desigualdades sociais. Infere-se que os aparatos da saúde no Brasil operam por variados dispositivos biopolíticos, a depender de uma dada cartografia social.

A implementação do SUS como uma política universal, *vis-à-vis* aos fatores históricos, políticos, infraestruturais e financeiros, tem implicado em uma delimitação socioeconômica e territorial de políticas de saúde, em especial da atenção primária, caso de interesse deste estudo. A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto dispositivo privilegiado de implantação da política de atenção primária, em tese engloba a totalidade da população brasileira. Contudo, como maior parte das políticas de saúde são ordenadas por prioridades, a ESF tem sido privilegiadamente voltada para os territórios onde vivem as populações mais desfavorecidas, já que estas apresentam, conseqüentemente, os piores indicadores de saúde (Brasil, 2012b). Dado um conjunto de questões como a convivência da oferta pública e privada em saúde, a herança do modelo de medicina previdenciária e o ainda insuficiente investimento público em saúde, há um uso diferenciado do sistema público de saúde a partir do recorte de renda (Porto; Soares; Ugá, 2006).

O modelo de atuação da atenção primária, de base territorial, coloca a noção de responsabilidade

sanitária sobre determinada população, sendo operada por meio de ações específicas. Em consequência, há arranjos de governamentalidade postos em diferentes recortes, não apenas o econômico, que diferenciam pessoas em domínios tanto disciplinar quanto regulatório: os seus sistemas de registro contêm nomes, endereços, histórico de doenças, resultados de exames, entre outros. Na vertente da atenção à saúde, incluem visitas às casas; orientam o cuidado à saúde das crianças; da alimentação; monitoram o desempenho escolar enquanto requisito de acesso a outras políticas sociais; fazem tratamentos diretamente observados como o da tuberculose; realizam busca ativa das gestantes faltosas às consultas de pré-natal, entre outras ações. Tem-se então que a racionalidade da atenção primária em saúde é mais fortemente direcionada e operada sobre a população de baixa renda que habita os territórios em piores condições ambientais, cumprindo uma delimitação socialmente cartografada. Uma análise crítica dessa cartografia deve levar em conta essa diferenciação nos dispositivos biopolíticos de Estado, em suas variadas vertentes, problematizando o princípio da segmentação de estratégias e ações de controle e de cuidado para diferentes populações, bem como atentar para o acionamento de práticas diferenciadas por clivagens étnico-raciais, econômicas, entre outras.

Vulnerabilidade, pessoas em situação de rua e políticas públicas

O conceito de vulnerabilidade tem sido chamado a apoiar produções em saúde pública, dada sua potência na discussão em termos não apenas da justiça social e desigualdades em saúde, mas como aporte metodológico que ancora análises de situações, programas e políticas saúde. A noção de vulnerabilidade não corresponde a um conceito unívoco, sendo carregado por diferentes acepções, usos e repercussões nas produções acadêmicas.

Sánchez e Bertolozzi (2007) identificam noções de vulnerabilidade, dentre as quais aquela ancorada no conceito de risco localizado no indivíduo e no seu comportamento. Tem como importante marco o surgimento da aids, momento no qual foram

criadas estratégias de prevenção localizadas no comportamento de pessoas rotuladas como membros de grupos de risco, como categoria ontológica (Ayres et al., 2003). O ativismo em torno da aids implicou no esforço de reconhecimento da complexidade que o tema requer, ampliando o enfoque antes restrito as variáveis individuais, para um modelo que levasse em consideração as dimensões contextuais, de diferentes coletividades, que poderiam corroborar no aumento da suscetibilidade dos sujeitos à doença (Parker; Camargo Junior, 2000).

Em consonância com essas formulações, Ayres et al. (2003) propõem um conceito ampliado de vulnerabilidade que altera a concepção de ações e políticas, antes restritas ao conceito de risco, que discriminam, vitimizam e não fornecem legitimidade às vozes e agendas próprias dos sujeitos, característicos do enfoque tutelado de práticas e políticas sociais. O desdobramento do conceito de vulnerabilidade em bases metodológicas, voltadas para estudos e formulação de políticas, contribui para a potencialização de outras dimensões, como a participativa e a emancipatória de grupos subalternizados. Trabalhar com essa concepção de vulnerabilidade significa levar em consideração não apenas as variáveis do contexto, mas também a percepção dos sujeitos e os significados que assumem o corpo, a casa, o território, a família, o trabalho, o amor, o sexo, o alimento, o transporte, os sonhos, os desejos, enfim, tudo aquilo que compõe os diversos modos de levar a vida.

Considera-se o conjunto dessas chaves analíticas como rentáveis para os estudos das condições de saúde de populações vulnerabilizadas. Ratifica-se assim a importância de levar em consideração as relações entre saúde e os modos de vida dos sujeitos, da cotidianidade, onde se desenrolam e são inscritas as distribuições desiguais das determinações da saúde. Nesse entendimento é que reside a opção pelo uso dos termos **vulnerabilização** e **vulnerabilizadas**, ao invés de **em vulnerabilidade**, enfatizando que a condição de vulnerabilidade é fruto de ações políticas, econômicas e sociais **vulnerabilizantes**. A intenção é da não naturalização do termo e do diálogo com a noção de determinação social do processo saúde-doença.

Políticas voltadas para populações vulnerabilizadas, como as que se encontram

em situação de rua, forjam-se na ausência das demais políticas públicas - econômica, geração de renda, educacional, habitacional etc. No Brasil o fortalecimento do modelo de atenção primária à saúde (APS) assume, dentre outros pressupostos, a noção de saúde para todos inscrita em agendas globais como a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978). Entretanto, no registro das diretrizes da APS assumem relevância as noções de território, família e domicílio. Na perspectiva modelar que orienta uma saúde integral e de acesso a todos os níveis do sistema, a população em situação de rua não se encontrava fortemente inserida nas diretrizes da política de atenção primária à saúde até o ano de 2011. Sua inclusão ocorre quando da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que institui o Consultório na Rua (CnaR) enquanto estratégia nacional (Brasil, 2012b).

Iniciativas em saúde voltadas para essa população possuíam caráter pontual e estavam a cargo de governos dos grandes centros urbanos do país. Assumem destaque iniciativas da atenção básica e da atenção psicossocial, dada a vinculação entre saúde mental, dependência química e situação de rua, tais como: PSF sem Domicílio, em Belo Horizonte; ESF sem Domicílio, em Porto Alegre; A Gente na Rua, em São Paulo; Projeto Meio-Fio, da ONG Médicos sem Fronteiras, no Rio de Janeiro; Consultório de Rua, em Salvador; e Recife em Defesa da Vida, em Recife (Coutinho; Saback, 2007; Macerata; Soares; Ramos, 2014; Trino; Machado; Rodrigues, 2015).

A política nacional de atenção à população em situação de rua beneficia-se tanto do acúmulo dessas experiências, como da conquista dos movimentos sociais apoiados por um conjunto significativo de outros atores como profissionais de saúde, gestores e acadêmicos que operam, militam e estudam o campo no Brasil (Trino; Machado; Rodrigues, 2015). O CnaR, inscrito na PNAB 2011, aparece num registro de cidadania, assim expressa nos termos da política: “A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica” (Brasil, 2012b, p. 62). Contudo, a noção de acesso igualitário presente no texto pode ser problematizado na medida em que a política

institui equipe e estrutura diferenciadas, assim definidas: “equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua” (Brasil, 2012b, p. 62). Essa problematização dá indícios das diversas pressões, conexões e conflitos presentes em um campo de múltiplos atores e interesses, que vocalizam posições não necessariamente coincidentes e com força política e representatividade assimétricas.

O Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua, documento de caráter conceitual, orientador e programático, traz os sentidos assumidos pela política, a saber: trabalho articulado com as equipes da saúde da família, da atenção psicossocial, da rede de urgência e dos demais dispositivos sociais; acolhimento, acesso e vínculo como práticas terapêuticas; destaque ao território – dinâmicas e fluxos no processo de cartografia do trabalho, aposta na singularidade do sujeito e nos aspectos subjetivos, e redução de danos – ancorada no reconhecimento de possibilidades e modos de vida do sujeito, *vis-à-vis* a magnitude das consequências do uso de drogas (Brasil, 2012a).

É de extrema relevância o avanço representado pelo desenho e implantação dessa política em caráter nacional. Entretanto, reconhecer como um avanço não significa abdicar de análises acerca de contextos nos quais ocorrem a formulação e a indução de estratégias não hegemônicas como essa, imersas em cenários repletos de pressões e contradições. Os contornos assumidos nas formulações e nas práticas que indicam seus sentidos podem, contraditoriamente, consolidar-se em linhas de excepcionalidade e segmentações de serviços e pessoas. Colocá-la em debate significa pensar para além do discurso performativo institucional, no sentido de outro desdobramento performativo – o das práticas de saúde que compõem o cotidiano de grupos de pessoas (Fassin, 1998).

As noções de inclusão/exclusão em políticas públicas ajudam a analisar o sentido de inclusão assumido na política, que ao reforçar a especificidade do dispositivo, para uma população também específica, pode estar indicando uma vertente de segmentação. Esse contraditório **inclusão-segmentação** pode, no transcorrer das práticas, tanto

caminhar no sentido de consolidação, fortalecimento e inclusão de pessoas em situação de rua no rol efetivo das políticas de saúde, como também no seu oposto, ou seja, na reificação de sujeitos segmentados, cuja inclusão ocorre conjuntural e temporariamente, pois que induzida por incentivos financeiros a projetos específicos que sustentam serviços e profissionais especificamente a eles destinados. Os contornos, caminhos e sentidos assumidos pela política dependem da complexidade dos agenciamentos – técnicos, políticos e sociais, e da amplitude das conexões, em que um conjunto de elementos e atores desempenha papel de destaque na luta política, principalmente o dos movimentos sociais.

Sobre práticas situadas para pessoas vulnerabilizadas

O Consultório na Rua, como um dispositivo inscrito na agenda de Estado que pressupõe o cuidado nas ruas, vazios urbanos e guetos, ao se propor operar num registro diferenciado daqueles citados por Bauman (2005) de caráter excludente, pode estar apontando para mudanças de práticas sociais? Ou, ao contrário, pode se conformar como uma iniciativa pontual de minimização dos transbordamentos dos modos de vida nos guetos e de suas repercussões nas áreas e vidas da cidade dita normal?

A despeito de reconhecer o risco que políticas de saúde dessa natureza têm, de assumir um caráter mais residual, e de admitir a possibilidade de que esta possa ter sido assim entendida por parte de atores envolvidos em seus processos decisórios, enquanto um dispositivo em alguma medida compensatório de atenção primária para populações vulnerabilizadas, arrisca-se, entretanto, problematizar essa noção quando no registro e na aposta das práticas situadas de saúde e da potência das conexões estabelecidas pelos diversos atores envolvidos (Haraway, 1988; Mol, 2002). Situações vivenciadas no cotidiano da equipe do CnaR indicam mudanças possíveis na vida de sujeitos precarizados. São itinerários terapêuticos construídos de maneira situada, como no caso abaixo trabalhado, que juntamente com diversos casos acompanhados ajudam a ressituar práticas de saúde

A primeira etapa deste estudo correspondeu a uma análise sobre os indicadores da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro – populações mais afetadas, distribuição espacial e recursos e dispositivos de saúde existentes. Esse mapeamento conduziu o trabalho de campo para dois territórios vulnerabilizados: uma área específica da Rocinha, na Zona Sul da cidade, e quatro agrupamentos de pessoas em situação de rua – em cenas de uso do *crack* do entorno da Avenida Brasil, na Zona da Leopoldina. Em ambas as áreas há dispositivos de atenção primária à saúde: ESF e equipes do consultório na rua.

Percebeu-se que a vulnerabilidade, enquanto fio condutor, tece não somente uma cartografia social da tuberculose no Rio de Janeiro, como também produz e trama histórias de vida que deslizam entre cenários socialmente cartografados, tecendo seus enredos e caminhos. São tramas que operam diversas formas de estar no mundo, como a de uma mulher jovem em tratamento da tuberculose, negra, desempregada, com baixa escolaridade, que habita uma casa de apenas um cômodo junto com a mãe, o namorado desta e dois irmãos. Essa habitação não tem cozinha nem banheiro, ambos são improvisados em áreas externas – a primeira contém uma torneira e um jirau, o outro corresponde a um cubículo um pouco abaixo da casa, porque situa-se num barranco. A situação dessa jovem é tida pela equipe de ESF como um caso de risco de abandono⁶ do tratamento da tuberculose, em face de seu sumiço de casa e do não comparecimento no serviço de saúde. Sua mãe relata que recebeu informações de que ela poderia ter ido para uma “cracolândia” (sic) próxima à Avenida Brasil.

De fato, foi essa a trilha percorrida pela jovem. Algumas poucas semanas após a informação dada pela mãe, intermediada pela equipe de saúde da família, ela foi encontrada e acolhida pela equipe do CnaR. Entendendo a vulnerabilidade como questão central do caso por parte de alguns profissionais, foram muitos os debates em torno das diretrizes modelares preconizadas pelo programa de tuberculose, postas em relação dialógica com as condições situadas da jovem. Numa dinâmica

repleta de muitos movimentos e agenciamentos, levando que a conformação e a condução do tratamento diretamente observado da tuberculose fossem feitas de maneira pactuada entre as duas equipes, na qual diversos elementos compuseram um plano terapêutico singular: o modo de levar a vida do sujeito em vulnerabilidade – um percurso considerado como errático dado sua circulação e permanência temporária em diferentes territórios; o vínculo do cuidado estabelecido com membros da equipe do CnaR; a flexibilização na diretriz de adscrição de clientela por parte da ESF; o acionamento de dispositivo da assistência social alternativo à situação de rua, já que o retorno para a Rocinha não pareceu viável por causa de problemas com o tráfico de drogas; a viabilização de variados apoios como transporte, roupa e alimentação; e ações diagnósticas e terapêuticas, como acolhimento e cuidado em face de episódios de violência de diversas naturezas, exames de imagem dadas algumas condições clínicas e o tratamento para a tuberculose – a aposta da potência da ação bacteriológica dos tuberculostáticos; e cuidados para a dependência química.

Ao longo de oito meses esses elementos compuseram diversas tessituras relacionais do cuidado, produzidas a partir de análises situadas, negociações conjuntas, revisões de decisões em face da dinâmica do estar na rua, que repercutiram positivamente para a completude do tratamento, bem como para a reinserção da jovem em outro território da cidade, alcançada através de ações intersetoriais.

Encontrar essa jovem em uma cena de uso do outro lado da cidade não foi uma casualidade e, portanto, assim também não pode ser considerado o seu percurso, uma vez que pavimentado por vulnerabilidades. Como jogam, no jogo de vidas vulnerabilizadas, elementos como miséria, desemprego, más condições de moradia, baixa escolaridade e demais precariedades de diversas ordens, tecidas numa composição de clivagens como raça, classe e gênero? Como são tecidas as conexões e agenciamentos que pavimentam caminhos de vulnerabilidades como este, que contribuem para

6 O abandono do tratamento é definido como o “não comparecimento do paciente à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data prevista para o seu retorno” (Brasil, 2011, p. 137).

o surgimento de doenças como a tuberculose? Que elementos se conjugam e servem de ligação nesse enredo? Indagações como essas só podem ser feitas quando da recusa do entendimento acerca de percursos dos sujeitos do cuidado restrito à ideia de opções do indivíduo, ou como casualidade. Entende-se, portanto, como trama social.

A complexidade de fatores – das políticas sociais para a população de baixa renda e/ou em situação de rua; da concepção de cuidado; do estabelecimento de vínculos e relações empáticas – pode apontar para outros agenciamentos e desdobramentos possíveis. O questionamento aqui proposto se dá no âmbito de alternativas e caminhos que podem estar se tornando possíveis, quando do investimento na ideia de cuidado e preservação da saúde que leve em consideração o respeito a seus modos de levar a vida, enquanto um processo de pequenos coletivos de mudança, que incluem diferentes atores localmente situados. Por processo coletivo entende-se possíveis mudanças, não apenas na forma de entender a autonomia de sujeitos, mas também de colocar em questão as bases de uma dada racionalidade e direcionalidade de fazer saúde, de perceber corpos de maneira situada e, também em situação, rever e recolocar as premissas do cuidado médico e suas variantes (Haraway, 1988; Mol, 2002).

Insistir na legitimidade do reconhecimento de pessoas em situação de rua como sujeitos do cuidado, a partir de práticas cotidianas no território, que contam com a presença dos jalecos brancos – dos profissionais de saúde, que não atuam na remoção das pessoas, não privilegiam o controle, e sim um cuidado em saúde negociado e a céu aberto –, pode contribuir para mudanças em micropolíticas locais. Trata-se de um esforço de compreensão das práticas cotidianas com base na potência da micropolítica do processo de trabalho (Franco; Merhy, 2012), que incluam outros elementos para além daqueles previstos e normatizados na estruturação das relações formais do cuidado em saúde, dos seus espaços e dispositivos biomédicos.

As análises do cotidiano das práticas de saúde remetem ao entendimento da produção de saberes e de tecnologias enquanto exercício do poder, envolvido na feitura de cotidianos. A condução de processos de trabalho, conformada por dispositivos

micropolíticos, pode ser tensionada na perspectiva do agir cotidiano de sujeitos que compartilham território, interesses e conhecimentos, em um fluxo de conexões de redes de práticas. No agir cotidiano do CnaR intervenções de sujeitos coletivos atuam no sentido de alterações na correlação e composição de forças, num embate muitas vezes silencioso com as técnicas disciplinares instituídas.

Falar de uma sociedade disciplinada não é necessariamente falar de grupos rigidamente disciplinados. Viram-se práticas cotidianas e encontros situados entre atores-sujeito do cuidado e profissionais de saúde, produzindo possibilidades múltiplas do exercício de alternativas e de alteração de ordenamentos, porque formulados de maneira descontextualizada.

Na esteira de maneiras de fazer a partir da leitura de cotidianos, é que profissionais de saúde e pessoas em situação de rua podem estar interpretando e alterando alguns dispositivos da gestão da saúde. Para Certeau (1998), é no enfrentamento da opressão do cotidiano que se localiza a emergência de microrresistências com base em microliberdades, fundantes da invenção do cotidiano, operada pelo homem ordinário, pelo herói comum, capaz de alterar processos e espaços por meio de táticas de resistência.

Em leituras sobre formas de estar no mundo, dialogicamente relacionadas às condições históricas, políticas e sociais como essas aqui discutidas, é que reside a aposta em ações como da militância da população em situação de rua e de profissionais em novos dispositivos de saúde, que tenham potencial na feitura de práticas contra-hegemônicas. Aposta-se, portanto, no diálogo crítico entre normativas e os encontros situados de saúde, fundamentais ao apoio à construção de cotidianos possíveis para sujeitos historicamente postos à margem da sociedade.

Referências

- ANDERSON, W. Where every prospect pleases and only man is vile: laboratory medicine as colonial discourse. *Critical Inquiry*, Chicago, v. 18, n. 3, p. 506-529, 1992.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.;

- FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Orgs.). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT: Fiocruz, 2014.
- BAUMAN, Z. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil*. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Brasília, DF, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012b.
- BREILH, J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BURSZTYN, M. (Org.). *No meio da rua: nômades, excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.
- CASTRO-GÓMEZ, S. Michel Foucault y la colonialidad del poder. *Tabula Rasa*, Bogotá, v. 6, p. 153-172, jan./jun. 2007.
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1998.
- COUTINHO, D.; SABACK, E. O histórico da psiquiatria na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 2, p. 210-218, 2007.
- FANON, F. *Peles negras, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FASSIN, D. Politiques des corps et gouvernement des villes: la production locale de la santé publique. In: _____. (Org.). *Les figures urbaines de la santé publique: enquête sur des expériences locales*. Paris: La Découverte, 1998. p. 7-46.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no College de France, 1975-1976*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 151-163, 2012.
- HARAWAY, D. Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*, College Park, v. 14, n. 3, p. 575-599, 1988.
- LATOUR, B. *Reagregando o social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede*. Salvador: Edufba; Bauru: Edusc, 2012.
- MACERATA, I.; SOARES, J. G. N.; RAMOS, J. F. C. Apoio como cuidado de territórios existenciais: atenção básica e a rua. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, p. 919-930, 2014. Suplemento 1.
- MBEMBE, A. et al. Necropolítica, una revisión crítica. In: *Estética y violencia: necropolítica, militarización y vidas lloradas*. Cidade do México: Museo Universitario Arte Contemporáneo: Universidad Nacional Autónoma de México, 2012. p. 130-139.
- MOL, A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham: London: Duke University Press, 2002.
- NUNES, E. D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1752-1762, 2013.
- NUNES, J. A. Um discurso sobre as ciências 16 anos depois. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Conhecimento prudente para uma vida decente*. Porto: Afrontamentos, 2003. p. 57-80.
- NUNES, J. A.; ROQUE, R. Introdução: os estudos sobre as ciências. In: _____. (Org.). *Objectos impuros: experiências em estudos sobre a ciência*. Porto: Afrontamento, 2008. p. 13-25.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6-12 set. 1978, Alma-Ata. *Anais...* Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<https://goo.gl/Qqo8wd>>. Acesso em: 21 mar. 2015

PARKER, R.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 89-102, 2000. Suplemento 1.

PORTO, S.; SOARES, I.; UGÁ, M. A. D. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 895-910, 2006. Disponível em: <<https://goo.gl/pHAiWt>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 84-130.

RABINOW, P. *French modern: norms and forms of the social environment*. Cambridge: The MIT Press, 1989.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes.

In: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Org.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 31-83.

SANTOS, B. S.; MENESES, M. P.; NUNES, J. A. Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo. In: SANTOS, B. S. (Org.). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento, 2004. p. 19-101.

SANTOS, M. O território e o saber local: algumas categorias de análise. *Cadernos IPPUR*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 15-26, 1999.

SANTOS, M. *O espaço da cidadania e outras reflexões*. 2. ed. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães, 2013.

TRINO, A. T.; MACHADO, M. P. M.; RODRIGUES, R. B. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (Org.). *Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 27-44.

Recebido: 24/11/2017

Reapresentado: 08/01/2018

Aprovado: 22/01/2018